Malattia infettiva e diffusiva: Modulo per comunicazione dati necessari alla attivazione della sorveglianza sanitaria

REPARTO _____ **PAZIENTE CON MALATTIA INFETTIVA** (Cognome e nome) _____

ELENCO dei PAZIENTI (e familiari di conforto) CHE HANNO SOGGIORNATO NELLA STESSA CAMERA DEL CASO

NOME E COGNOME PAZIENTI	DATA DI NASCITA	SETTING E N° DI CAMERA	SOGGIORNO DAL (data)	FINO AL (data)

Data _____ **Firma leggibile di chi compila**

_____

Da inviare quanto prima alla Direzione di Presidio, via fax (per il P.O. di Lucca al n. 2114, per il P.O. Valle del Serchio al n. 5669) **quindi per posta interna.**